



STATE OF WASHINGTON
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES

Дата:

Номер клиента: _____

Сотрудник, ведущий дело: _____

Язык: _____

Я хочу побеседовать с вами о том, почему вы не выполнили наших требований:

О прохождении обследования на предмет химической зависимости в соответствии с уведомлением, направленным вам _____.

О прохождении лечения от химической зависимости в соответствии с уведомлением, направленным вам _____.

В соответствии с WAC 182-508-0220, если вы не предоставите уважительной причины своего отказа сотрудничать с нами по этому вопросу, то предоставление вам пособий по Программе медицинских услуг может прекратиться.

Для проведения собеседования о причинах невыполнения наших требований вам необходимо:

Встретиться со мной _____ в _____
ДАТА ВРЕМЯ

Позвонить мне по тел. _____ до _____ для беседы о причинах вашего отказа сотрудничать с нами. _____
НОМЕР ТЕЛЕФОНА ДАТА

Вы также можете направить мне письменное объяснение причин невыполнения наших требований; это необходимо сделать до _____.
ДАТА

Приложите к письму имеющиеся у вас подтверждения уважительной причины (например, справку от врача).

Замечания:

СОТРУДНИК, ВЕДУЩИЙ ДЕЛО

Телефон: _____

Отдел социального обеспечения (CSO): _____